



**Georgia Department of Human Services**  
Division of Family & Children Services

# **Formulario de solicitud de modificaciones razonables y asistencia de comunicación del DFCS para personas con discapacidad**

**¿Tiene una discapacidad y necesita una modificación razonable o asistencia de comunicación para acceder a los servicios del Departamento de Servicios para la Familia y los Niños (DFCS)?**

Para solicitar una modificación razonable, asistencia de comunicación o ayuda adicional, complete el formulario a continuación. No es necesario que complete este formulario o nos diga su discapacidad para recibir modificaciones razonables, asistencia de comunicación o ayuda adicional.

Si necesita ayuda para completarlo, consulte a un miembro de nuestro personal o llame al 404-657-3433. Hay formatos alternativos de este formulario disponibles a pedido. La información que nos proporciona es confidencial.

El DFCS brinda:

- Modificaciones razonables cuando son necesarias para evitar la discriminación basada en la discapacidad. Por ejemplo, podemos cambiar políticas, prácticas o procedimientos para proporcionar acceso equitativo.
- Asistencia de comunicación para personas con discapacidad o sus acompañantes con discapacidad, como intérpretes de lengua de señas, para una comunicación efectiva.

El DFCS no está obligado a realizar ninguna modificación que resulte en una alteración fundamental en la naturaleza de un servicio, un

programa o una actividad, o en cargas financieras y administrativas indebidas.

El DFCS tiene prohibido divulgar información personal identificable (PII) o información de salud protegida (PHI) a personas no autorizadas. Por lo tanto, el DFCS no revelará ni discutirá la PII o la PHI de una persona con discapacidad, ni permitirá el acceso a esta, sin la autorización correspondiente.

En situaciones en las que un acompañante u otra persona solicite una modificación razonable o asistencia de comunicación en nombre de una persona con discapacidad, el DFCS se comunicará con el solicitante/destinatario con una discapacidad o con un representante autorizado para verificar la solicitud.

**For Agency Use Only/Para uso de la agencia únicamente**

**Head of Household/Jefe de familia** \_\_\_\_\_

**Client ID/Identificación del cliente** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre de la persona con discapacidad que necesita una modificación razonable, asistencia de comunicación o ayuda adicional:**

\_\_\_\_\_

**\*Nombre del solicitante (si es diferente del nombre mencionado anteriormente):**

\_\_\_\_\_

**Relación del solicitante con la persona con discapacidad:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento de la persona con discapacidad:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**ID de cliente:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** Calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**Condado:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico (si tiene):**

---

**Marque los programas del DFCS que correspondan:** \_\_\_ SNAP \_\_\_ TANF

\_\_\_ Asistencia médica (por ejemplo, Medicaid y PeachCare for Kids®)

Bienestar infantil (CPS, cuidado de acoyo, adopción, reunificación familiar)

Otro: \_\_\_\_\_

1. ¿Necesita una modificación razonable debido a una discapacidad?

Sí     No

En caso afirmativo, describa la modificación razonable que está solicitando.

---

---

---

---

---

2. ¿Usted o su acompañante necesitan asistencia<sup>6</sup> de comunicación debido a una discapacidad? En caso afirmativo, díganos para que podamos ayudarlo. (Marque todas las que correspondan).

\_\_\_ Intérprete de lengua de señas;  
\_\_\_ intérprete de habla con clave;  
\_\_\_ intérprete oral; intérprete táctil; \_\_\_ TTY;  
\_\_\_ braille; \_\_\_ letra grande; \_\_\_ comunicación electrónica (correo electrónico);  
\_\_\_ otro: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona con discapacidad:

\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento o ID de cliente:

\_\_\_\_\_

3. ¿Cómo le ayudará esta modificación razonable o asistencia de comunicación (o ayuda adicional)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. ¿Necesita esta modificación razonable, asistencia de comunicación o ayuda adicional **una vez**  **o continuamente** ? Si es posible, explique cuándo y cuánto tiempo necesita esta asistencia (ayuda adicional).

---

---

---

---

## **DEVUELVA ESTE FORMULARIO A LAS SIGUIENTES PERSONAS:**

**su asistente social, la persona en la recepción o envíe un correo electrónico a la siguiente dirección:**

**[Customer services dfcs@dhs.ga.gov](mailto:Customer_services_dfcs@dhs.ga.gov) y escriba “ADA” en la línea de asunto.**

\*La Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley para Estadounidenses con Discapacidades de 1990 y la Ley de Enmiendas de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades de 2008 garantizan que las personas con discapacidad no sufran discriminación ilegal.

## **Declaración de no discriminación**

De conformidad con las leyes federales de derechos civiles y a las políticas y regulaciones de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o gestionan programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad sexual u orientación sexual), religión, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalias o retaliación por actividades anteriores de derechos civiles en programas o actividades llevadas a cabo o financiadas por el USDA. Los programas que reciben asistencia federal financiera de parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los Estados Unidos, tales como la Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF), y los programas que el HHS gestiona directamente, tienen prohibido discriminar en el marco de las leyes federales de derechos civiles y las regulaciones del HHS.

Las personas con discapacidades que necesitan medios de comunicación alternativos para obtener información del

programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lengua de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas o con problemas de audición o que puedan tener discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA mediante el Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Además, la información del programa estará disponible en otros idiomas además del inglés.

## **RECLAMOS DE DERECHOS CIVILES QUE INVOLUCRAN A PROGRAMAS DEL USDA**

El USDA brinda asistencia financiera federal para muchos programas de seguridad alimentaria y reducción del hambre, como el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR), entre otros. Para presentar un reclamo por discriminación con respecto al programa, complete el Formulario de queja de discriminación del programa (AD-3027) que se encuentra en línea en:

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDAProgramComplaintForm-Spanish-Section508Compliant.pdf>, y en

cualquier oficina del USDA o escriba una carta dirigida al USDA y brinde toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de reclamo, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completado o carta al USDA por:

1. **Correo:** Food and Nutrition Service, USDA  
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA  
22314; o
2. **Fax:** (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. **Teléfono:** (833) 620-1071; o
4. **Correo electrónico:**  
[FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov).

Para obtener cualquier otra información relacionada con asuntos del programa SNAP, las personas deben comunicarse con la línea directa del SNAP del USDA al (800) 221-5689, que también está en español, o llamar a los [números de información/línea directa del estado](#) (haga clic en el enlace para obtener una lista de los números de línea directa por estado); se puede encontrar en línea en: [línea directa de SNAP](#).

## **RECLAMOS DE DERECHOS CIVILES QUE INVOLUCRAN A PROGRAMAS DEL HHS**

El HHS brinda asistencia financiera federal para muchos programas para mejorar la salud y el bienestar, incluidos la TANF, Head Start, el Programa de Asistencia de Energía para Hogares con Bajos Ingresos (LIHEAP), entre otros. Si cree que ha sido discriminado por su raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género) o religión en programas o actividades que el HHS gestiona directamente o a las que el HHS proporciona asistencia financiera federal, puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR) por usted mismo o en nombre de otra persona.

Para presentar un reclamo por discriminación para usted o en nombre de otra persona con respecto a un programa que recibe asistencia financiera federal a través del HHS, complete el formulario en línea en el Portal de Reclamos de la OCR en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. También puede comunicarse con la OCR por correo: Centralized Case

Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; fax: (202) 619-3818; o correo electrónico: [OCRmail@hhs.gov](mailto:OCRmail@hhs.gov). Para que el procesamiento sea más rápido, le recomendamos que utilice el portal en línea de la OCR para presentar reclamos en lugar de enviarlos por correo. Las personas que necesiten ayuda para presentar un reclamo de derechos civiles pueden enviar un correo electrónico a la OCR a [OCRMail@hhs.gov](mailto:OCRMail@hhs.gov) o llamar a la línea gratuita de la OCR al 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697. Para las personas sordas, con dificultades de audición o del habla, marque 7-1-1 para acceder a los servicios de retransmisión de telecomunicaciones. También proporcionamos formatos alternativos (como braille y letra grande), asistencia complementaria y servicios de asistencia de idioma sin cargo para presentar un reclamo.

Esta institución brinda igualdad de oportunidades.